

 ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DA FAZENDA _____ GERAT	Associação Brasileira da Indústria Gráfica ABIGRAF - Regional - PI Sindicato das Indústrias Gráficas de Teresina - SIGRAT Sindicato das Indústrias Gráficas do Estado do Piauí - SINDGRAP
--	---

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA IMPRESSÃO DE DOCUMENTOS FISCAIS - PAIDF Nº _____

ESTABELECIMENTO GRÁFICO	01	Razão Social: _____ CNAE: _____
		Nome de Fantasia: _____
		Endereço: _____ Fone: _____
		Rua/Av. Nº Bairro _____
		Município: _____ Estado: _____
		Inscrição Estadual: _____ CNPJ: _____ Inscr. ABIGRAF: _____
	Req. Nº _____ PAIDF de _____ a _____ - DATA: ____/____/____	

ESTABELECIMENTO USUÁRIO	02	Razão Social: _____ CNAE: _____
		Nome de Fantasia: _____
		Endereço: _____ Fone: _____
		Rua /Av. Nº, Bairro _____
		Município: _____ Estado: _____
		Inscrição Estadual: _____ CNPJ: _____
	<input type="checkbox"/> Correntista <input type="checkbox"/> Microempresa	

DOCUMENTOS FISCAIS A SEREM IMPRESSOS	03									
		TIPO	ESPÉCIE	SÉRIE/ SUBSÉRIE	NUMERAÇÃO		QUANT. DOCUM.	QUANT. BLOCOS	DOC. P/ BLOCO	VIAS
					INICIAL	FINAL				

AIDF(S) ANTERIORES (ES)	04						
		Nº AIDF	DATA	TIPO	ESPÉCIE	SÉRIE/SUBS.	QTDE. AUTORIZADA
							ESTOQUE ATUAL

PEDIDO	05	RESPONSÁVEIS	06	ABIGRAF - PI
		Data: ____ de ____ de 20__		Em ____ de ____ de 20__
		Nome: _____ Responsável pelo Estabelecimento Usuário		
		Doc. Identidade: _____ Nº, Data e Órgão Expedidor		
	Assinatura do Responsável (Usuário)			
	Assinatura do Responsável pelo Estabelecimento Gráfico			Assinatura e Carimbo do Presidente e Tesoureiro

SEFAZ	07	RECIBO	08	INFORMAÇÃO	09	DESPACHO
		Recebido em ____/____/____		Com base nas informações constantes do Processo, manifesto-me:		<input type="checkbox"/> Deferir
		Assinatura/Matricula		<input type="checkbox"/> Favorável ao deferimento <input type="checkbox"/> Desfavorável ao deferimento		<input type="checkbox"/> Indeferir
						Assinatura

AUTORIZAÇÃO GRÁFICA	10	Autorizamos ao Sr. (a). _____
		Carteira de Identidade: _____ expedida por _____ CPF nº _____
		Assinar e receber, junto ao órgão estadual da Secretaria da Fazenda, os documentos constantes neste pedido.
		VÁLIDO POR SEIS MESES, CONTADOS DA DATA DA REQUISIÇÃO. _____

(Art. 300, caput, do RICMS)

NOME DO RESPONSÁVEL PELA GRÁFICA C/IDENTIDADE

ASSINATURA

NOME DO REPRESENTANTE DO USUÁRIO C/IDENTIDADE

ASSINATURA

1ª VIA • CONTRIBUINTE(Branca) 2ª VIA • GRÁFICA(Amarela) 3ª VIA • SIGRAT/SINDGRAP(Verde)